

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1974 - N°

Les Malades Perdus de Vue comme Indice d'Évaluation d'un Réseau
de Dépistage et de Traitement de la Tuberculose

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 11 Septembre 1974

par

Mr. AHRAS Ahmed

Né le 4 Juillet 1946 à AZAZGA (Grande-Kabylie)

Membres du Jury

MM. P. CHAULET	Professeur de pneumo-phthisiologie.	} PRESIDENT
S. BENDALI AMOR	Professeur de Chirurgie Générale.	
J.P. GRANGAUD	Maître de conférence Agrégé pédiatrie et de puériculture	} JUGES
N. OUSSEDIK	Maître de Conférence Agrégé de pneumo-phthisiologie.	



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548212_0020

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1974 - N°

Les Malades Perdus de Vue comme Indice d'Evaluation d'un Réseau
de Dépistage et de Traitement de la Tuberculose

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 11 Septembre 1974

par

Mr. AHRAS Ahmed

Né le 4 Juillet 1946 à AZAZGA (Grande-Kabylie)

Membres du Jury

MM. P. CHAULET

Professeur de pneumo-ptisiologie.

PRESIDENT

S. BENDALI AMOR

Professeur de Chirurgie Générale.

J.P. GRANGAUD

Maître de conférence Agrégé pédiatrie et de puériculture

JUGES

N. OUSSEDIK

Maître de Conférence Agrégé de pneumo-ptisiologie.

1874

Les études faites de nos jours; leur état actuel et leur avenir
de l'école de médecine de la Faculté de Médecine et de Chirurgie

THÈSE

PRÉSENTÉE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PAR M. J. J. VAN DER WOUDE, Docteur en Médecine



Leiden, 1874

Imprimé chez J. J. VAN DER WOUDE, Libraire

Reçu par la Faculté de Médecine et de Chirurgie

1. J. J. VAN DER WOUDE	2. J. J. VAN DER WOUDE
3. J. J. VAN DER WOUDE	4. J. J. VAN DER WOUDE
5. J. J. VAN DER WOUDE	6. J. J. VAN DER WOUDE
7. J. J. VAN DER WOUDE	8. J. J. VAN DER WOUDE
9. J. J. VAN DER WOUDE	10. J. J. VAN DER WOUDE
11. J. J. VAN DER WOUDE	12. J. J. VAN DER WOUDE
13. J. J. VAN DER WOUDE	14. J. J. VAN DER WOUDE
15. J. J. VAN DER WOUDE	16. J. J. VAN DER WOUDE
17. J. J. VAN DER WOUDE	18. J. J. VAN DER WOUDE
19. J. J. VAN DER WOUDE	20. J. J. VAN DER WOUDE
21. J. J. VAN DER WOUDE	22. J. J. VAN DER WOUDE
23. J. J. VAN DER WOUDE	24. J. J. VAN DER WOUDE
25. J. J. VAN DER WOUDE	26. J. J. VAN DER WOUDE
27. J. J. VAN DER WOUDE	28. J. J. VAN DER WOUDE
29. J. J. VAN DER WOUDE	30. J. J. VAN DER WOUDE
31. J. J. VAN DER WOUDE	32. J. J. VAN DER WOUDE
33. J. J. VAN DER WOUDE	34. J. J. VAN DER WOUDE
35. J. J. VAN DER WOUDE	36. J. J. VAN DER WOUDE
37. J. J. VAN DER WOUDE	38. J. J. VAN DER WOUDE
39. J. J. VAN DER WOUDE	40. J. J. VAN DER WOUDE
41. J. J. VAN DER WOUDE	42. J. J. VAN DER WOUDE
43. J. J. VAN DER WOUDE	44. J. J. VAN DER WOUDE
45. J. J. VAN DER WOUDE	46. J. J. VAN DER WOUDE
47. J. J. VAN DER WOUDE	48. J. J. VAN DER WOUDE
49. J. J. VAN DER WOUDE	50. J. J. VAN DER WOUDE
51. J. J. VAN DER WOUDE	52. J. J. VAN DER WOUDE
53. J. J. VAN DER WOUDE	54. J. J. VAN DER WOUDE
55. J. J. VAN DER WOUDE	56. J. J. VAN DER WOUDE
57. J. J. VAN DER WOUDE	58. J. J. VAN DER WOUDE
59. J. J. VAN DER WOUDE	60. J. J. VAN DER WOUDE
61. J. J. VAN DER WOUDE	62. J. J. VAN DER WOUDE
63. J. J. VAN DER WOUDE	64. J. J. VAN DER WOUDE
65. J. J. VAN DER WOUDE	66. J. J. VAN DER WOUDE
67. J. J. VAN DER WOUDE	68. J. J. VAN DER WOUDE
69. J. J. VAN DER WOUDE	70. J. J. VAN DER WOUDE
71. J. J. VAN DER WOUDE	72. J. J. VAN DER WOUDE
73. J. J. VAN DER WOUDE	74. J. J. VAN DER WOUDE
75. J. J. VAN DER WOUDE	76. J. J. VAN DER WOUDE
77. J. J. VAN DER WOUDE	78. J. J. VAN DER WOUDE
79. J. J. VAN DER WOUDE	80. J. J. VAN DER WOUDE
81. J. J. VAN DER WOUDE	82. J. J. VAN DER WOUDE
83. J. J. VAN DER WOUDE	84. J. J. VAN DER WOUDE
85. J. J. VAN DER WOUDE	86. J. J. VAN DER WOUDE
87. J. J. VAN DER WOUDE	88. J. J. VAN DER WOUDE
89. J. J. VAN DER WOUDE	90. J. J. VAN DER WOUDE
91. J. J. VAN DER WOUDE	92. J. J. VAN DER WOUDE
93. J. J. VAN DER WOUDE	94. J. J. VAN DER WOUDE
95. J. J. VAN DER WOUDE	96. J. J. VAN DER WOUDE
97. J. J. VAN DER WOUDE	98. J. J. VAN DER WOUDE
99. J. J. VAN DER WOUDE	100. J. J. VAN DER WOUDE

S E R M E N T S S S S S D' H I P P O C R A T E

=====

=====

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

=====

Je dédie cette thèse :

- A la mémoire de mon père, du souvenir duquel j'ai toujours tiré la force nécessaire tout au long de mes études.

Que sa vie, toute de droiture et d'obnégation me soit un exemple.

- A mon fils Salah, dont la présence souvent bruyante m'a été d'un grand réconfort -
Avec toute mon affection.

- A ma femme
En témoignage de tous les sacrifices qu'elle a consenti pour moi -
Avec tout mon amour.

- A ma mère :

A qui je dois tout - Par son abnégation et son affection constante, elle m'a permis aujourd'hui d'embrasser cette magnifique carrière.

Je lui promets de ne pas faillir à mon devoir.

- A ma grand-mère paternelle.

- A mes frères.

- A mes sœurs.

- A tous mes parents

- A tous mes amis .

AVEC TOUTE MON AFFECTION.

- A mon beau-frère, Monsieur BOUBRIT Mokrane, il m'a
ménagé si son temps, ni ses efforts quand il s'agissait de
nous aider ; qu'il trouve ici l'assurance de notre reconnais-
sance et notre dévouement.

- A sa femme LILY.

- A mon oncle, Monsieur AICHE Mohamed

- A Monsieur LAOUNICHI Salah

- A sa femme ANTOINETTE.

AVEC TOUTE MON AFFECTION.

- A ma chère sœur, Madame MOUDJIB

- A Monsieur HADJIM Djelloul

- A tous les employés de la clinique de pneumo-phthisio-
logie A.

Pour la réalisation de ce travail.

AVEC TOUS MES REMERCIEMENTS.

- A notre maître et Président de thèse, Monsieur
le professeur CHAULET.

Qui tout au long de ce travail, n'a pas ménagé son
temps et sa peine.

Nous avons toujours trouvé auprès de lui un accueil
chaleureux et des conseils judicieux.

C'est son aide, son enthousiasme, sa gentillesse
qui nous ont fait aller jusqu'au bout de ce travail, qui est
un peu le sien.

Nous avons eu le privilège de profiter de son
précieux enseignement tant à la faculté qu'au lit du malade.

C'est pourquoi, nous tenons aujourd'hui à lui
témoigner notre éternelle reconnaissance et notre fidèle
attachement.

A MES JURY

- MESSIEURS LES MEMBRES DU JURY,

- Nous sommes très sensibles à l'honneur qu'il nous fait en acceptant de faire partie de notre jury de thèse.

Nous le prions de bien vouloir agréer,
Nos Sentiments de Respectueuse Reconnaissance pour la
Sympathie qu'il nous a toujours témoignée, l'aide qu'il
nous a toujours apportée.

.../...

A Monsieur le professeur GRANGAUD

- En témoignage de notre gratitude
pour l'enseignement qu'il nous a donné.

- Nous avons particulièrement apprécié ses
leçons, la clarté et la logique de ses exposés.

- Nous le remercions pour le grand honneur
qu'il nous fait en acceptant de nous juger.

.../...

- A Monsieur le professeur OUSSEDIK

- Nous avons toujours apprécié au cours de nos études la richesse et la clarté de son enseignement et nous avons été marqué par ses qualités d'homme.

- Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude et notre respectueux attachement.

- AU docteur ADDENYAHIN Kemol

- Nous avons toujours trouvé auprès de lui

des conseils éclairés prodigués avec gentillesse.

qu'il nous soit permis de lui témoigner notre
profonde reconnaissance pour l'aide qu'il nous a apportée

.../...

- A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE

- A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX

I N T R O D U C T I O N

=====

Pour mesurer l'efficacité de l'organisation d'un réseau de traitement de la tuberculose le nombre de malades "perdus de vue" avant la fin du 12em mois de traitement, rapporté à l'ensemble des malades dépistés pendant une période donnée, constitue un critère d'évaluation fondamental.

En effet l'efficacité technique de la chimiothérapie de la tuberculose est telle qu'elle permet la guérison de près de 100% des malades qui la reçoivent pendant 12 mois.

Dans la pratique, une proportion plus ou moins importante des malades reconnus ne reçoivent pas cette chimiothérapie un temps suffisant pour des raisons diverses.

A partir de l'expérience acquise ces dernières années dans le secteur de lutte anti-tuberculeux de la partie Ouest d'Alger, notre travail a eu pour but de mesurer cette proportion de malades "perdus de vue" entre le moment du diagnostic et la fin du traitement, et de tenter une analyse des causes de l'interruption prématurée du traitement.

Nous présenterons, aux cours des différents chapitres

- le cadre de l'enquête et la méthode de travail adoptée pour cette étude.

- les résultats enregistrés.

- les commentaires que ces résultats peuvent inspirer et notamment les mesures pratiques visant

.../...

à améliorer l'efficacité du réseau de traitement.

- et enfin les conclusions de ce travail qui s'inscrit dans un ensemble de recherches sur l'évaluation opérationnelle de la lutte antituberculeuse.

TRAVAIL REALISE AVEC LE CONCOURS DU CONSEIL
PROVISOIRE DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE (ALGER).

=====

- C H A P I T R E - I -

=====

L E C A D R E D E L ' E N Q U E T E

=====

(Le secteur Ouest de la lutte anti-tuberculeuse
d'Alger).

E T L A M E T H O D E D E T R A V A I L

=====

A) LE CADRE DE L'ENQUETE :

L'enquête s'est déroulée en 1973 - 1974 dans le secteur Ouest de lutte antituberculeuse de la ville d'Alger.

A-1- LES STRUCTURES (Références : 3,4,7,18,21 et 25)

Ce secteur comporte la partie Ouest de la ville d'Alger, et la daïra de Cheraga, soit 763-877 habitants en 1973, qui sont desservis, en ce qui concerne la lutte antituberculeuse, par trois types des structures sanitaires.

- Un service hospitalier spécialisé

DE 210 lits : la clinique de Pneumo-Phtisiologie A du C.H.U. DE BENI MESSOUS.

- Trois dispensaires antituberculeux spécialisés.

Situés à Mustapha, la Casbah, Bab-El-Oued, responsables du dépistage dans l'ensemble du secteur et de l'organisation du traitement ambulatoire.

- 18 Unités sanitaires rattachées ,

Polyvalentes où le traitement ambulatoire peut se dérouler sous le contrôle des dispensaires spécialisés.

Les trois sous secteurs se représentent comme suit :

- 1- Le dispensaire de Mustapha, situé dans le 4^e arrondissement, Place Curie, assure son activité antituberculeuse au sein d'une population de 268-925

.../...

habitants répartis inégalement en deux zones :

- Une zone urbaine fortement peuplée, groupant l'arrondissement d'Alger centre (3e), une partie des arrondissements de Mustapha (4e) et de Birmandreis (12e).

- Une zone "rurale" moins peuplée représentée par les communes de Birkadem, Saoula et Draria.

2- Le dispensaire de Bab-El-Oued :

situé dans le 1er arrondissement (21, rue Lazerges) qui contrôle une population de 385-061 habitants répartie également en deux zones.

- Une zone urbaine comportant les arrondissements de Bab-El-Oued (1er) de Bologhine (6e), de Bouzareah (11e) et l'arrondissement d'El Biar.

- Une zone sub-urbaine ou rurale importante comprenant plusieurs communes.

Au Dispensaire de Bab-El-Oued sont rattachés quinze centres de santé.

Six dans la zone urbaine :

- . BOUZAREAH
- . EL BIAR
- . CLIMAT DE FRANCE
- . DIAR EL KEF
- . FONTAINE FRAICHE
- . BOLOGHINE

Neuf dans la zone "rurale":

- . AIN BENIAN

- . STAOUELI
- . ZERALDA
- . CHERAGA
- . OULED FAYET
- . MAHELMA
- . SOUIDANIA
- . BOUCHAQUI
- . DELY IBRAHIM

3- Le dispensaire de la Casbah :
situé dans le 2e arrondissement (4, Bd. Haddah Abderrezak),
il dessert uniquement le quartier urbain de la Casbah avec ses
109-891 habitants.

A-2- LE PERSONNEL :

Le service hospitalier de Béni Messous
dispose d'un effectif de 80 agents para-médicaux et servants
de salle.

Dans les dispensaires anti-tuberculeux, le
personnel para-médical disponible en 1973 était de 23 personnes.

Neuf médecins assurent les tâches de diagnos-
ticstic, de traitement et de surveillance des malades dans
les diverses structures sanitaires spécialisées.

A-3- LES METHODES DE TRAVAIL :

Dans le réseau de dépistage et de traitement
du secteur Ouest, sont standardisées et codifiées depuis
octobre 1971.

Le dépistage a lieu 3 jours par semaine ; il
s'adresse en priorité aux consultants pour symptômes respira-
toires, et utilise la radiophotographie comme filtre de sélec-
tion avant l'examen bactériologique des crachats. .../...

L'examen direct des crachats est fait sur place dans chaque dispensaire ; des cultures peuvent être demandées lorsqu'elles sont jugées nécessaires.

Dès qu'un cas de tuberculose pulmonaire ou extra pulmonaire est dépisté, le traitement est décidé et dure en général deux ans.

Durant la phase initiale de ce traitement, l'hospitalisation (surtout pour les cas de tuberculose pulmonaire ou pleurale) est préconisée, elle est habituelle mais non obligatoire et dure en moyenne de 4 à 6 semaines : Avec ou Sans hospitalisation, le traitement ambulatoire est organisé et supervisé par le dispensaire antituberculeux.

Il est administré soit au dispensaire anti-tuberculeux même, soit dans un dispensaire non spécialisé placé sous le contrôle du dispensaire spécialisé.

Le traitement de première ligne, le plus employé, est le traitement intermittent avec isoniazide et streptomycine deux fois par semaine jusqu'à la fin du 12^e mois, suivi par l'administration d'Isoniazide seul la deuxième année.

Les traitements de réserves, durant 12 mois, s'appliquent à 10% des malades pris en charge et comporte^{nt} soit des régimes continus avec éthionamide et cycloserine ou pirazinamide (après une phase initiale où les trois drogues sont associées pendant trois mois); soit un régime intermittent avec rifamycine plus ethambutol deux fois par semaine (après une phase initiale d'un mois , pendant laquelle ces drogues sont données tous les jours).

Pour les malades qui reçoivent un traitement avec éthionamide plus cyclosérine ou pyrazinamide, un traitement de consolidation par éthionamide seul est employé en général durant la deuxième année.

.../...

A-4- ACTIVITES GENERALES DU SECTEUR EN 1972-1973 :

Au cours de ces deux années le service hospitalier de Béni Messous avec ses 210 lits a accueilli 1733 malades en 1972 et près de 2000 malades en 1973.

Au cours de ces deux années la durée moyenne d'hospitalisation était de 37 jours.

La tuberculose occupe la première place des causes d'hospitalisation, 52% en 1972, 55% en 1973 : dans la plupart des cas il s'agit de tuberculose pulmonaire, isolée ou parfois associée à une tuberculose extra-pulmonaire.

- TABLEAU 1 = LES CAUSES D'HOSPITALISATION EN 1972-1973.

	Nbre	%		Nbre	%	
Nombre totale des malades hospitalisés	1733	100		1931	100	
Tuberculose toute forme	905	52%	100%	1084	55%	100%
Tuberculose pulmonaire isolée ou associée	794	///	88%	948	///	87%
Tuberculose extra-pulmo-	111	///	12%	136	///	13%

LE Diagnostic bactériologique de la tuberculose est confirmé dans la quasi totalité des cas (93% des cas en 1972 et 1973).

.../...

Les dispensaires ont consacré leurs activités de dépistage à 15 152 consultants en 1972 et 12 978 en 1973.

La moitié des consultants étaient venus pour symptômes en 1972, ce lot a augmenté en 1973 et a atteint 8 647, le reste s'étant présenté pour un dépistage systématique.

Parmi les 7299 consultants pour symptômes, il a été dépisté 360 cas de tuberculose pulmonaire et 101 cas de tuberculose extrapulmonaire en 1972.

En 1973, sur 8647 consultants pour symptômes, ont été dépistés 752 cas de tuberculose pulmonaire. (dont 483 seulement ont été prouvées bactériologiquement par suite de défaillances du laboratoire) et 211 cas de tuberculose extrapulmonaire.

Au cours des deux années 20 à 30% des tuberculoses dépistées résidaient hors du secteur. Au cours de la même période les dispensaires ont pris en charge un nombre croissant de malades :

- 1268 en 1972
- 1832 en 1973

Parmi ces malades la majorité sont des cas de tuberculose pulmonaire prouvés bactériologiquement. Il existe un grand nombre de tuberculoses extrapulmonaires, environ 30% des malades soumis à un traitement.

Ces localisations extrapulmonaires sont le plus souvent admises au traitement ambulatoire sans hospitalisation initiale.

Sur les 1832 malades en traitement en 1973, 1025 suivaient leur première année de traitement dont :

- 927 avec des régimes de 1er ligne.
- 98 avec des régimes de réserves.

.../...

Parmi ces malades la majorité sont des cas de tuberculose pulmonaire prouvés bactériologiquement. Il existe un grand nombre de tuberculoses extrapulmonaires, environ 30% des malades soumis à un traitement.

- Ces localisations extra pulmonaires sont le plus souvent admises au traitement ambulatoire sans hospitalisation initiale.

Sur les 1832 malades en traitement en 1973, 1025 suivaient leur première année de traitement dont :

- 927 avec des régimes de 1er ligne.
- 98 avec des régimes de réserves.

Par ailleurs 807 malades suivaient un traitement de co-solidation par isoniazide ou éthionamide (2e année de traitement).

La majorité des malades sont traités dans les structures spécialisées de la ville.

En 1973 l'intégration a fait des progrès puisque 27% des malades en 1973 pour 20% en 1972 sont traités dans les centres de santé.

Il est certain que l'intégration est plus importante dans le secteur du dispensaire de Bab-El-Oued qui contrôle une zone plus importante et plus étendue que les autres dispensaires. 47% des malades de ce secteur sont traités dans les unités de soins polyvalentes en 1973, alors que 2 à 3% des malades seulement sont traités dans de telles unités pour les secteurs dépendant des deux autres dispensaires spécialisés de Mustapha et la Casbah (Référence 25).

B)- LA METHODE DE TRAVAIL :

Le but de notre enquête était de déterminer le taux de malades perdus de vue, pendant une période donnée, dans le réseau considéré.

Le premier problème de méthode était d'adopter une définition du malade perdu de vue.

Puis que la durée du traitement recommandée en Algérie en 1972-1973 soit de deux ans, on sait qu'un régime pour être efficace doit être appliqué pendant 12 mois afin de guérir définitivement plus de 90% des malades.

C'est donc par rapport à cet objectif de traitement de 12 mois qu'on a choisi pour définir le malade perdu de vue : Comme tout malade dont le traitement a été interrompu pendant plus d'un mois avant le 12e mois de chimiothérapie.

Le terme de "malade perdu de vue" a été retenu en raison de son caractère neutre et objectif et de préférence aux termes souvent utilisés dans les enquêtes similaires "malades défaillants", "non coopérants", "non assidus" (références : 8,10 et 24).

Plusieurs études ont déjà montré l'intérêt dans l'évaluation opérationnelle d'un réseau de traitement, la valeur du critère constitué par le taux des malades perdus de vue au cours du traitement - (Chew 1972 - Miller 1970 - Thomas 1965)

Ce critère a déjà été adopté dans plusieurs enquêtes sur le devenir des malades atteints de tuberculose pulmonaire, enquête réalisées en Algérie depuis 1968. (Références : 2,5,9, 10,11, 12, 13, 16 et 17).

Le taux de malades perdus de vue représente un excellent indice d'efficacité organisationnel d'un réseau de lutte.

.../...

Plus récemment cette notion de malades perdus de vue a été appliquée à l'ensemble des malades atteints de tuberculose quelle que soit la localisation de la tuberculose. (Référence 19, 20, 22 et 23).

La même valeur lui est accordée car on sait qu'un malade qui interrompt prématurément son traitement, surtout avant le 6e mois de chimiothérapie réduit ses chances de guérison, et, s'il est atteint de tuberculose pulmonaire, ses chances de négativation. C'est pourquoi dans cette étude nous avons choisi de rechercher le taux des malades perdus de vue dans un réseau de diagnostic et de traitement de la tuberculose (quelle que soit sa localisation) par rapport à l'ensemble des malades pour lesquels une chimiothérapie spécifique avait été reconnue comme nécessaire.

Pour analyser correctement le taux de malades perdus de vue, notre enquête a suivi le cheminement des malades du dépistage à la fin du traitement.

Le taux de malades perdus de vue, ainsi que les facteurs susceptibles de l'influencer ont été étudiés en 3 étapes.

1er - Dans une première étape, des malades peuvent être perdus de vue entre le moment du dépistage, au dispensaire antituberculeux où le diagnostic de tuberculose est posé, et le moment de l'hospitalisation qui coïncide en général avec le début du traitement.

Nous avons comparé les registres des dispensaires et le registre de l'hospitalisation, et calculé le taux de malades perdus de vue par rapport à l'ensemble des malades confiés au service d'hospitalisation par les différents dispensaires spécialisés du 1er janvier 1973 au 31 décembre 1973.

Cette étape n'avait jamais été explorée auparavant en Algérie dans les enquêtes sur le devenir des malades en traitement.

2e - Dans une deuxième étape, des malades peuvent être perdus de vue entre le moment où ils achèvent la phase initiale du traitement, à l'hôpital, et le moment où devrait commencer le traitement ambulatoire au dispensaire.

Pour calculer le taux des malades perdus de vue au cours de cette étape, nous avons comparé le registre des tuberculeux sortants de l'hôpital (où se trouve inscrit le dispensaire auquel ils sont adressés) et la liste des malades pris en charge dans chacun des dispensaires du secteur.

Cette comparaison a porté sur l'ensemble des malades confiés par le service hospitalier aux trois dispensaires anti-tuberculeux du secteur pendant toute l'année 1973.

3e- Dans une troisième étape, des malades peuvent être perdus de vue au cours du traitement ambulatoire.

Le nombre de malades en traitement ambulatoire étant considérable, on a retenu pour obtenir des valeurs représentatives du secteur étudié. :

- AU DISPENSAIRE DE MUSTAPHA , tous les malades qui avaient été admis au traitement ambulatoire au cours de l'année 1972 et ont été considérés comme perdus de vue au cours de l'année 1973.

Dans les deux dispensaires de Bab-El-Oued et de la Casbah, tous les malades admis au traitement ambulatoire au cours d'une période de 6 mois (du 1er novembre 1972 au 30 avril 1973) et ont été perdus de vue au cours de l'année qui a suivi (30 avril 1973 - 30 avril 1974).

Pour chacune des étapes, le nombre total de malades perdus de vue a été établi. Le taux a été calculé globalement puis selon divers facteurs susceptibles de l'influencer.

Le sexe, la localisation de la tuberculose, la présence ou l'absence de preuve bactériologique au cours de la tuberculose pulmonaire, l'antécédent thérapeutique.

Enfin une enquête particulière a été menée pour tenter de déceler les causes de la "disparition" des malades afin de déterminer les mesures opérationnelles les plus appropriées pour les corriger.

- C H A P I T R E I I -

R E S U L T A T S

A-LES MALADES PERDUS DE VUE ENTRE LE DIAGNOSTIC
ET LE DEBUT DU TRAITEMENT.

1-Résultats généraux

TABLEAU I = Malades perdus de vue après le diagnostic,
Selon les dispensaires.

Dispensaires	Malades dépistés jugés tuber- culeux dont l'hospitalisation a été décidée.		Malades perdus de vue	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
MUSTAPHA	214	100	31	14,5
BEB-EL-OUED	346	100	47	13,5
CASBAH	175	100	18	10
TOTAL	735	100	96	13

Dans l'ensemble des dispensaires étudiés, le nombre
s malades perdus de vue s'élève à 96 sur 735 pour lesquels le diagnos-
c de tuberculose avait été retenu et l'hospitalisation décidée. Le
ux moyen varie légèrement selon les dispensaires (Tableau 2)

2- ANALYSE DES FACTEURS :

TABLEAU 3 -

REPARTITION DES MALADES PERDUS DE VUE SELON LE SEXE.

ISPENSAIRES	Dépi-	Perdus de vue		Dépi-	Perdus de vue		Dépi-	Perdus de vue
	stés	Nombre	%	stés	Nombre	%	stés	de vue
MUSTAPHA	150	18	11,3	64	13	24,5	214	31
DAB-EL-CUED	263	30	11,4	83	17	20,5	346	47
CASBAH	112	9	8	63	9	14,3	175	18
TOTAL	525	47	9	210	39	19	735	96

Si l'on analyse la répartition de ces malades perdus de vue selon le sexe, on constate que la "disparition" est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, de façon significative.

Cette différence suggère que les difficultés à admettre ou à réaliser l'hospitalisation sont plus nombreuses pour les femmes que pour les hommes (tableau 2).

TABEAU 4 -

REPARTITION DES MALADES PERDUS DE VUE SELON LA LOCALISATION DE LA TUBERCULOSE.

DISPENSAIRES	TUBERCULOSE PULMONAIRE			TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAIRE			TOTAL	
	Dépis- ités	Perdus de vue		Dépis- ités	Perdus de vue		Dépis- ités	Perdus de vue
		Nombre	%		Nombre	%		
MUSTAPHA	209	30	14,4	5	1	20	214	31
BAB-EL-OUED	292	42	14,4	54	5	9,3	346	47
CASBAH	152	15	10	23	3	13	175	18
TOTAL	653	87	13	82	9	11	735	96

Si l'on étudie la répartition des malades perdus de vue à cette étape selon la localisation de la tuberculose, on constate qu'il n'y a pas de différence significative selon la localisation pulmonaire ou extra-pulmonaire (dans ce groupe = les pleurésies pour lesquelles l'hospitalisation est pratiquement toujours décidée). TABLEAU 4.

Répartition des malades perdus de vue selon la qualité du diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

La qualité du diagnostic de la tuberculose pulmonaire pourrait être un facteur susceptible d'intervenir dans la motivation des malades à accepter l'hospitalisation : Le malade qui se sait cracheur de bacilles pouvant avoir plus de raisons de rechercher l'hospitalisation que celui pour lequel la preuve bactériologique de la maladie n'a pas établie.

Pour vérifier cette hypothèse, on a étudié la répartition des malades perdus de vue selon la qualité du diagnostic.

TABIEAU 5 -

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE DES CRACHATS									
	RESULTATS FAITS			RESULTATS NON FAITS			TOTAL		
	Dépi- stés	Pendus de vue	Nombre %	Dépi- stés	Pendus de vue	Nombre %	Dépi- stés	Pendus de vue	Nombre %
DIJENGAINE	166	25 15	37	4 10,8	6 1	16,6	200	30	
MUSTAPHA	166	28 16,8	81	12 14,8	45 2	4,6	292	42	
BAB-EL-QUEB	166	9 5,4	45	4 9	12 2	13,6	152	15	
CASBAH	166	25 15	37	4 10,8	6 1	16,6	200	30	
TOTAL	427	62 14,5	163	26 12,3	63 5	8	653	87	

TABIEAU 6 -

- AVEC PREUVE OU SANS PREUVE BACTERIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

	AVEC			SANS			TOTAL		
	Dépi- stés	Pendus de vue	Nombre %	Dépi- stés	Pendus de vue	Nombre %	Dépi- stés	Pendus de vue	Nombre %
DIJENGAINE	166	25 15	37	4 10,8	6 1	16,6	200	30	
MUSTAPHA	166	28 16,8	81	12 14,8	45 2	4,6	292	42	
BAB-EL-QUEB	166	9 5,4	45	4 9	12 2	13,6	152	15	
CASBAH	166	25 15	37	4 10,8	6 1	16,6	200	30	
TOTAL	427	62 14,5	163	26 12,3	63 5	8	653	87	

Les tableaux 5 et 6 démontrent que l'hypothèse n'est pas fondée, le taux de malades perdus de vue est légèrement plus élevée chez les malades dont la tuberculose est bactériologiquement prouvée, mais la différence entre les groupes n'est pas significative.

TABEAU 7 -

ANTECEDENTS THERAPEUTIQUES

	<u>JAMAIS TRAITES</u>			<u>DEJA TRAITES</u>			<u>TOTAL</u>	
	Dépistés	Perdus de vue	Nombre %	Dépistés	Perdus de vue	Nombre %	Dépistés	Perdus de vue
DISPENSAIRES								
HUSTADHA	162	21	13	52	10	19,2	214	31
BAB-EL-OUED	299	38	12,7	47	9	19	346	47
CASBAH	135	10	8	40	8	20	175	18
TOTAL	596	69	11	139	27	18	735	96

L'étude de la répartition des malades perdus de vue après le diagnostic selon les antécédents thérapeutiques démontre que ceux qui ont été déjà traités "disparaissent" plus facilement que les nouveaux cas : la différence est statistiquement très significative. (TABLEAU 7).

Au terme de ces premiers résultats, il apparaît qu'après dépistage 13% des malades pour lesquels l'hospitalisation est décidée ont perdus de vue, se sont plus souvent des femmes que des hommes.

La localisation de la tuberculose ou la qualité du diagnostic ne sont pas des facteurs qui interviennent pour favoriser diminuer le phénomène.

Cette disparition est plus fréquente chez les malades qui ont déjà été traités que ceux qui n'ont jamais été traités.

3- MESURES PRISES POUR RELANCER LES MALADES DISPARUS -
- RÉSULTATS -

On a recherché pour l'ensemble des malades perdus de vue au cours de cette première étape dans le réseau de dépistage et de traitement, les mesures qui avaient été appliquées pour relancer ces malades identifiés et les inciter à entreprendre un traitement.

L'enquête précise menée dans les dispensaires a montré que dans plus des 3/4 des cas aucune mesure pratique n'avait été prise, 22% des malades seulement ont fait l'objet de convocation (TABLEAU 8).

TABEAU - 8 -

DISPENSAIRES	TOTAL DES MALADES PERDUS DE VUE		CONVOCAATION		AUCUNE MESURE	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
HUSTAPHA	31	100	7	22	24	78
BAB-EL-QUEB	47	100	12	25,5	35	74,5
CASBAH	18	100	2	11	16	89
TOTAL	96	100	21	22	75	78

Cependant après convocation ou spontanément certains malades ont été retrouvés, et les raisons de leur disparition ont pu être expliquées.

Sur 96 malades perdus de vue 1/3 environ a été retrouvés ; dans plus de la moitié des cas, ces malades résidaient hors du secteur, dont 9 cas sur 30, la convocation n'avait pu parvenir aux malades, l'adresse fournie étant incomplète ou mal enregistrée ; dans 2 cas, le décès était survenu avant l'hospitalisation.

Le refus exprimé du traitement n'avait été enregistré qu'une fois sur 30 (TABLEAU 9).

TABLEAU 9 =

RAISONS DE LA DISPARITION DES MALADES DÉPISTÉS
ET PERDUS DE VUE APRÈS LE DIAGNOSTIC.

	<u>MUSTAPHA</u>	<u>BAB-EL-OUED</u>	<u>CASBAH</u>	<u>T O T A L</u>	
				Nombre	%
RAISONS IN- CONNUES	22	32	13	67	70
RAISONS CON- JES	9	15	5	29	30
ACCIDENTS DURANT LE SEC- OURS	9	5	2	16	
RESSERREMENT IN- COMPLÈTE OU AL PRISSE	-	7	2	9	
DÉCÈS	-	1	1	2	
CHANGEMENT D'EMPLOI OU D'ADRESSE	-	1	-	1	
RETRAITÉ DU TRAITEMENT	-	1	-	1	

B- LES MALADES PERDUS DE VUE AU COURS DU TRANSFERT DE
RESPONSABILITÉ THÉRAPEUTIQUE (ENTRE L'HÔPITAL ET LE DISPENSAIRE
ANTITUBERCULEUX).

La majorité des malades dépistés dans le secteur étudié ont bénéficié de l'hospitalisation dans un service spécialisé.

Après une durée moyenne d'hospitalisation de 37 jours, les malades sont confiés au dispensaire antituberculeux de leur lieu de résidence.

1- RÉSULTATS GÉNÉRAUX

TABIEAU 10 -

MAIADIS PERDUS DE VUE DES LA SORTIE DE L'HOPITAL
AVANT D'ARRIVER AU DISPENSARE ANTITUBERCULEUX.

DISPENSAIRES	TUBERCULEUX TRANSFÉRÉS DE L'HOPITAL AU DISPENSARE		PERDUS DE VUE	
	Nombre	%	Nombre	%
MUSTAPHA	241	100	22	9
BAB-EL-OUED	395	100	66	16,5
CASBAH	98	100	9	9,2
TOTAL	734	100	97	13

Sur l'ensemble des 734 malades confiés aux trois dispensaires antituberculeux de la partie OUEST D'ALGER, 97 soit 13% ne se sont pas présentés.

Le taux de perdus de vue à cette phase est plus élevé dans le secteur du dispensaire de Bab-El-Oued que dans les deux autres secteurs (TABLEAU 10).

2 - ANALYSE DES FACTEURS FAVORISANTS

L'analyse des facteurs favorisant l'interruption spontanée du traitement dès la sortie d'hôpital a été faite systématiquement.

TABEAU 11 =

REPARTITION DES MALADES PERDUS DE VUE SELON LE SEXE

	<u>H O M M E S</u>			<u>F E M M E S</u>			<u>T O T A L</u>	
	TRANSFÉRÉS	PERDUS DE VUE Nombre	%	TRANSFÉRÉS	PERDUS DE VUE		TRANSFÉRÉS	PERDUS DE VUE
TAPHA	154	10	6,5	87	12	14	241	22
B-EL-OUED	269	43	16	126	23	18,3	395	66
ASBAH	77	6	7,7	21	3	14	98	9
TOTAL	500	59	12	234	38	16	734	97

Contrairement à ce qui s'est passé dans la première étape, il n'y a pas de différence significative selon le sexe en moyenne générale (Tableau 11), bien que dans deux dispensaires sur trois on retrouve une différence.

TABLEAU 12 -

REPARTITION DES MALADES PERDUS DE VUE SELON LA LOCALISATION DE LA TUBERCULOSE =

	TUBERCULOSE PULMONAIRE			TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAIRE			TOTAL	
	TOTAL PERDUS DE VUE		INCIDENCE	TOTAL PERDUS DE VUE		INCIDENCE	TRANSFÈRES	PERDUS DE VUE
	Nombre	%		Nombre	%			
MUSTAPHA	219	18	8,2	22	4	18	241	22
BAB-EL-OUED	333	58	17	57	8	14	395	66
CASBAH	88	8	9	10	1	10	98	9
TOTAL	645	84	13	89	13	14	734	97

Comme lors de la première étape il n'y a pas de différence selon la localisation pulmonaire ou extra-pulmonaire de la tuberculose (Tableau 12).

TABLEAU 13 :

QUALITE DU DIAGNOSTIC PARMI LES TUBERCULOSES PULMONAIRES

- PREUVES BACTERIOLOGIQUES DE LA TUBERCULOSE -
- PULMONAIRE -

	AVEC PREUVE			SANS PREUVE			TOTAL	
	TOTAL PERDUS DE VUE		INCIDENCE	TOTAL PERDUS DE VUE		INCIDENCE	TRANSFÈRES	PERDUS DE VUE
	Nombre	%		Nombre	%			
MUSTAPHA	206	14	6,7	13	4	30	219	18
BAB EL OUED	314	51	16,2	24	7	20	338	58
CASBAH	87	7	8,5	6	1	16,6	88	8
TOTAL	607	72	12	43	12	27	645	84

Par contre contrairement à ce qui a été observé immédiatement après le diagnostic au dispensaire, on constate une différence significative de la fréquence des malades perdus de vue selon que la tuberculose a été prouvée ou non (Tableau 13).

Ce chiffre suggère que le malade qui après 4 à 5 semaines d'hospitalisation n'a pas conscience d'être réellement tuberculeux sera davantage enclin à abandonner son traitement.

TABLEAU 14 =

ANTECEDENTS THERAPEUTIQUES

LA REPARTITION DES MALADES PERDUS DE VUE SELON LES ANTECEDENTS THERAPEUTIQUES, MONTRE QUE CE FACTEUR NE FAVORISE PAS LA DISPARITION A LA SORTIE DE L'HOPITAL.

	<u>JAMAIS TRAITES</u>			<u>DEJA TRAITES</u>			<u>TOTAL</u>	
	<u>TOTAL</u>	<u>PERDUS DE VUE</u>		<u>TOTAL</u>	<u>PERDUS DE TRANS-IVUE</u>		<u>PERDUS DE VUE</u>	
		<u>Nombre</u>	<u>%</u>		<u>Nombre</u>	<u>%</u>		
MUSTAPHA	175	14	8	66	8	12	241	22
BAB-EL-QUEB	302	58	16	83	16	18,5	395	66
CASBAH	79	7	8,8	12	2	10,5	98	9
TOTAL	563	71	13	171	26	15	734	97

Les malades déjà traités lorsqu'ils ont accepté l'hospitalisation et la reprise du traitement d'un régime de première ligne ou de réserve ne disparaissent pas davantage que les malades jamais traités qui reçoivent un régime de première ligne. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes à cette étape du réseau (Tableau 14)/

Au terme des résultats enregistrés dans cette étape, il apparaît que sur l'ensemble des malades hospitalisés pour la phase initiale du traitement 13% disparaissent dès la sortie de l'hôpital et ne se présentent pas au dispensaire auquel ils ont été confiés.

Se sont aussi souvent des hommes que des femmes, aussi souvent des tuberculeux pulmonaires que pleuraux.

En cas de tuberculose pulmonaire, l'absence de preuves bactériologiques après 4 à 5 semaines de séjour hospitalier favorise fortement la disparition des malades.

Enfin à ce moment là si les antécédents thérapeutiques ni le régime préconisé à la sortie n'influent sur la disparition.

3- MESURES PRISES POUR RELANCER LES MALADES PERDUS DE VUE A LA SORTIE DE L'HOPITAL -

- RÉSULTATS -

La fiche de liaison qui dès la sortie de l'hôpital est adressée par le poste au dispensaire antituberculeux auquel est confié, le malade devrait permettre de relancer les malades qui ne se présentent pas au dispensaire.

TABLEAU 15 :

MESURES PRISES POUR RELANCER LES MALADES PERDUS DE VUE A LA SORTIE DE L'HOPITAL.

DISPENSAIRES	TOTAL DES MALADES PERDUS DE VUE	CONVOCATION NOMBRE	%	AUCUNE MESURE NOMBRE	%
	NOMBRE	%			
MUSTAPHA	22	100	2	20	91
BAD-EL-OUED	66	100	4	62	94
CASBAH	9	100	1	8	89
TOTAL	97	100	7	90	93

En réalité sur l'ensemble des malades perdus de vue au cours de cette étape, les convocations ont été lancées 7 fois sur 27, et 90 malades n'ont fait l'objet d'aucune mesure précise de relance (Tableau 15).

Cependant 12 d'entre eux ont été retrouvés soit après convocation soit parce qu'ils se sont présentés spontanément et on a pu ainsi préciser les causes -

TABLEAU 16 :

RAISONS DE LA DISPARITION

	<u>EUSTAPHA</u>	<u>DAB-EL-OUED</u>	<u>CASBAH</u>	<u>TOTAL</u> libre	
RAISONS INCONNUES	6	60	7	85	88
RAISONS CONNUES	6	4	2	12	12
RESIDANTS HORS DU SECTEUR	4	-	1	5	
ADRESSE INCOMPLETE OU MAL PRISE	2	-	-	2	
PRIS EN CHARGE PAR UNE AUTRE STRUCTURE MEDICALE.	-	1	-	1	
REFUS EXPRIME AU REGIME PROPOSE.	-	1	-	1	
PROBLEMES INDIVIDUELS.	-	2	1	3	

Comme au cours de la première étape, les causes de l'interruption sont d'ordre organisationnelles (défaut de sectorisation erreur d'adresse, défaut de confiance dans le service de santé).

Le refus explicite du traitement ou les problèmes socio-économiques (chômage etc...) représentent au total 4 causes d'interruption sur 12 (TABLEAU 16).

C- LES MALADES PERDUS DE VUE AU COURS DU TRAITEMENT AMBULATOIRE DE UN AN (AVEC OU SANS HOSPITALISATION INITIALE)

1- RESULTATS GENERAUX

TABLEAU 17 :

MALADES PERDUS DE VUE AU COURS DU TRAITEMENT AMBULATOIRE.

DISPENSAIRES	MALADES ADMIS AU TRAITEMENT AMBULATOIRE		MALADES PERDUS DE VUE	
	Nombre	%	Nombre	%
MUSTAPHA	311	100	40	12,8
BAB-EL-QUED	263	100	56	21,3
CASBAH	114	100	16	13
TOTAL	688	100	112	16

Dans l'ensemble du secteur 688 malades au cours des périodes choisies auraient dû suivre un an de chimiothérapie ambulatoire.

Sur ces 688 malades 112 soit 16% ont été perdus de vue au cours du traitement ambulatoire (TABLEAU 17).

TABIEAU 18 =

REPARTITION DES MALADES PERDUS DE VUE SELON L'EX-
ISTANCE OU L'ABSENCE D'UNE PERIODE PREALABLE D'HOSPITALISATION -

	TRAITEMENT AMBULA- TOIRE APRES HOSPITA- LISATION.			TRAITEMENT AMBU- LATOIRE D'ENTEE			T O T A L	
DISPENSAIRES	MALADES PERDUS DE VUE			MALADES PERDUS DE			MALADES PERDUS	
	TRAITES			INITIALE			DE VUE	
		Nbre			Nbre			
USTANNA	241	47	11,2	71	13	18,5	311	40
BAB-EL-OUED	190	35	18	73	21	28,7	263	56
CANBAH	73	10	11,8	36	6	16,0	114	16
TOTAL	509	72	14	179	40	22	688	112

Cependant il faut immédiatement distinguer parmi ces malades les 509 qui devaient suivre un traitement ambula-
toire après hospitalisation chez lesquels on retrouve 14,2% de
perdus de vue, et les malades soumis d'emblée au traitement
sans hospitalisation initiale (en général des tuberculeux
extra respiratoires, ganglionnaires, périphériques le plus
souvent) chez lesquels le taux de malades perdus de vue est
de 22%. La différence apparente entre les deux groupes est
significative (Tableau 18).

Mais on doit tenir compte que dans le groupe qui
a "bénéficié" de l'hospitalisation on avait déjà relevé 13%
de malades perdus de vue à la sortie de l'hôpital.

2 - ANALYSE DES FACTEURS :

Comme au cours des étapes précédentes on a étudié les différents facteurs susceptibles de favoriser l'interruption de la chimiothérapie au cours du traitement ambulatoire.

TABLEAU 19 :

DISTRIBUTION PAR SEXE DES MALADES PERDUS DE VUE AU COURS DU TRAITEMENT AMBULATOIRE.

	<u>HOMMES</u>			<u>FEMMES</u>			<u>TOTAL</u>	
S. ENCLINÉ MALADE	PERDUS DE VUE TRAITÉ			PERDUS DE			TRAITÉS	PERDUS
EN T.L.	Nombre			VUE				DE VUE
TRAITÉ				Nombre				
MUSTAPHA	198	22	11	113	18	16	311	40
AB-EL-QUED	163	40	23	100	16	16	263	56
CASBAH	76	10	13	38	6	15,7	114	16
TOTAL	437	72	16	251	40	16	688	112

Lorsque les malades ont commencé leur traitement au dispensaire, après ou sans hospitalisation préalable le taux de malades perdus de vue est le même dans les deux sexes (Tableau 19).

TABLEAU 20 :

LOCALISATION DE LA TUBERCULOSE

IL EST LE MÊME, QUELLE QUE SOIT LA LOCALISATION DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE OU EXTRA PULMONAIRE.

	TUBERCULOSE PULMONAIRE			TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAIRE			TOTAL	
	TRAITES PERDUS DE VUE			TRAITES PERDUS DE VUE			TRAITES PERDUS DE VUE	
	Nbre	%		Nbre	%			
USTATHA	230	28	12	81	12	14,5	311	40
B-EL-QUEB	182	36	19	81	20	25	263	56
CASBAH	81	11	13,4	33	5	15	114	16
TOTAL	493	75	15	195	37	18	688	112

TABLEAU 21 :

QUALITE DU DIAGNOSTIC ETABLI PARMI LES CAS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE.

	AVEC PREUVES BACTERIOLOGIQUES			SANS PREUVE BACTERIOLOGIQUES			TOTAL	
	TRAITES PERDUS DE VUE			TRAITES PERDUS DE VUE			TRAITES PERDUS DE VUE	
	Nbre	%		Nbre	%			
USTATHA	214	20	9,3	16	8	50	230	28
B-EL-QUEB	150	30	20	32	6	20	182	36
CASBAH	70	9	13	11	2	18	81	11
TOTAL	434	59	13	59	16	27	493	75

Par contre il est beaucoup plus élevé chez les malades qui n'ont pas de preuves bactériologiques de la tuberculose pulmonaire que ceux qui ont des preuves (Tableau 21). La différence est significative.

TABLÉAU 22 :

ANTECEDENTS THERAPEUTIQUES

	<u>JAMAIS TRAITES</u>			<u>DÉJÀ TRAITES</u>			<u>T O T A L</u>	
	TOTAL	PERDUS DE VUE		TOTAL	PERDUS DE VUE		TOTAL	PERDUS
		Nombre	%		Nombre	%		DE VUE
ST. JHA	121	23	9,1	71	17	24	311	50
D-EL-OUED	232	42	18	39	14	45	263	56
SDAH	89	11	12,3	25	5	20	114	16
TAL	562	76	13	136	26	20	698	112

Le taux de malades perdus de vue est plus élevé aussi chez les malades déjà traités et l'on peut se demander à ce propos si les interruptions chez les malades déjà traités sont dues à la lassitude et la négligence ou à des phénomènes d'intolérances (Tableau 22).

TABIEAU 23 :

A QUELLE PERIODE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE CES MALADES ONT-ILS ETE PERDUS DE VUE.

LIEU D'ORIGINE	1er Trimestre		2 ^e trimestre		3 ^e trimestre		4 ^e trimestre		TOTAL	
	1 ^{er} Trimestre		2 ^e trimestre		3 ^e trimestre		4 ^e trimestre		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
DOUHA	13	23	15	27	7	12,5	5	8,5	30	100
BAB-EL-OUED	14	25	18	32	14	25	10	16,6	56	100
CASBAH	4	25	8	50	2	12,5	2	12,5	16	100
TOTAL	31	27	41	37	23	20	17	16	112	100
		<u>1^{er} SEMESTRE</u>		<u>2^e SEMESTRE</u>						
		Nombre	%			Nombre	%			
		72	64			40	36			

La répartition des malades perdus de vue au cours du traitement ambulatoire selon la période d'interruption montrent que la majorité disparaissent au cours du 1^{er} semestre (TABLEAU

3- MESURES PRISES POUR RELANCER CES MALADES ABSENTS
AU COURS DU TRAITEMENT AMBULATOIRE ;

- R E S U L T A T S -

TABIEAU 24 =

MESURES PRISES POUR RELANCER LES MALADES PERDUS DE VUE.

PENSAINES	TOTAL DES MALADES.		CONVOGATION		VISITE A DOMICILE		+ AUCUNE	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
STACHA	40	100	34	85	2	5	4	10
EL-CUED	56	100	52	93	0	0	4	7
ADAH	16	100	12	75	0	0	4	25
TAL	112	100	98	88	2	2	12	11

Sur les 112 malades perdus de vue au cours du traitement ambulatoire, la plupart ont fait l'objet de mesures particulières de relance (TABLEAU 24).

TABLERAU 25 :

NOBRE DE MALADES PERDUS DE VUE RETROUVES.

PRENOMIAIRES	MALADES PERDUS DE VUE RETROUVES	MALADES PERDUS DE VUE NON RETROUVES	T O T A L
MUSTADHA	25	15	40
EL-QUEB	36	20	56
CASBAH	10	6	16
TOTAL	71	41	112

Sur les 112 malades perdus de vue, 71 soit 63 % ont été retrouvés, la plupart grâce aux mesures qui avaient été prises (Tableau 25 et 26).

TABLERAU 26 :

COMMENT ONT-ILS ETE RETROUVES

PRENOMIAIRES	CONTANTEMENT	COMUNICATION	VISITE A DOMICILE	TOTAL
MUSTADHA	2	22	1	25
EL-QUEB	2	18	2	22
CASBAH	1	8	1	10
TOTAL	5	48	4	57

TABIEAU 17 :

ETAT DES MALADES AU MOMENT OU ILS ONT ÉTÉ RETROUVÉS

INDIENS SAINES	FAVORABLE Nombre	5	DEFAVORABLE Nombre	5	TOTAL Nombre	5
MUSTAHIA	15	50	10	40	25	100
BAD-EL-CUED	18	50	12	50	30	100
BATDAH	6	60	4	40	10	100
TOTAL	39	55	26	80	71	100

Pour les 71 malades retrouvés le statut radiologique et bactériologique était favorable dans 55, des cas.

Sur l'ensemble des 111 malades disparus au cours du traitement ambulatoire que ces malades se soient présentés ou non, qu'ils aient été convoqués ou non, il n'est pas possible de connaître les raisons de l'interruption du traitement ambulatoire dans la majorité des cas = 100 cas. (Tableau 18).

TABIEAU 18 :

	MUSTAHIA	BAD-EL-CUED	BATDAH	TOTAL
CAS INCONNUS	4	2	2	8
CAS CONNUS	36	54	14	104
TOTAL	40	56	16	112

TABLÉAU 20 =

CAUSES DE DISPARITION

	<u>CAUSES</u>	<u>NOMBRES</u>	
FACTEURS ORGANISATIONNELS	- Prise en charge par une autre structure.		
	- privé	12	
	- public	14	26
	- Mauvaise adresse	3	
	- Adresse incomplète	4	7
	- Déménagements & mariage	3	
	- Reprise du travail		10
	- Facteurs professionnels		
	- Erreur d'orientation par le service de santé.	3	
	- Mauvais accueil	2	5
	- Refus explicite		16
	- TOTAL DES CAUSES ORGANISATIONNELLES =		80
FACTEURS INDIVIDUELS	- Décès	6	
	- Hospitalisés - autres causes	8	
	- Grossesse - invalidité	8	
	- Troubles psychiques	1	
	- Intolérance	6	
	- TOTAL DES CAUSES INDIVIDUELLES =		29

L'analyse des causes d'interruption du traitement montre l'importance des facteurs organisationnels (Tableau 29)

- 26 résidents dans le secteur et sont pris en charge par une autre structure (cabinet médical privé, ou dispensaire d'entreprise).

- 20 malades n'ont pu être suivis faute d'adresse précise (4 adresses incomplètes, 8 fausses adresses données par le malade, 8 déménagements).

- 13 reprises de travail avec le transfert thérapeutique non organisé.

- 5 cas ont été mal orientés ou mal accueillis.

- Enfin 16 cas sont perdus de vue pour refus explicite, avec 12 cas dans le seul dispensaire de Bab-El-Qued.

On retrouve aussi des facteurs tenant à l'évolution de la maladie et à la pathologie associée :

- 6 décès

- 10 cas d'invalidité, grossesses, troubles psychiques.

- 8 cas d'hospitalisation pour une autre cause que la tuberculose.

TABLÉAU 30 :

DÉPARTITION DES CAUSES PAR DISPENSAIRE

	MUSTAPHA	BAB-EL-QUED	CASBAH	TOTAL
pris en charge par une autre structure.	8	14	4	26
Problème d'adresse	10	6	4	20
Facteurs professionnels	6	12	5	23
Reprise de travail				
Nouvelle hospitalisation pour autre cause.	3	4	1	8
Surveillance du résidu	2	2	1	5
DÉCÈS	6	0	0	6
Problèmes individuels	8	16	2	26
TOTAL	36	54	14	104

.../...

DETAIL DES CAUSES

TABLÉAU 31 :

PERSONNEL CHARGÉ D'UNE AUTRE STRUCTURE

	MUSTAPHA DAB-EL-CUED	CASBAH	TOTAL
SECTEUR PUBLIC	6	8	14
SECTEUR PRIVE	4	8	12

TABLÉAU 32 :

PROBLEME D'IDENTITE

	MUSTAPHA DAB-EL-CUED	CASBAH	TOTAL
Adresse incomplète ou mal enregistrée	2	1	4
Mauvaise adresse indiquée par le malade	4	3	8
Malnourissements	2	3	5

TABLÉAU 33 :

PROBLEMES INDIVIDUELS

	MUSTAPHA DAB-EL-CUED	CASBAH	TOTAL
Refus exprimé au régime proposé.	3	13	16
Troubles psychiques	2	0	2
Invalidité Grossesse.	3	4	8
Intolérance - Toxicité.	1	0	0

TABLÉAU 14 :

DÉTAIL

	BUCHTAL	FRAN- KEL- QUED	CAHBAH	TOTAL
Morts par tubercu- lose.	1	-	-	1
Autres causes	1	1	1	3
Indéterminé	-	1	-	1

TABLÉAU 15 :

DÉTAIL DES NIVEAUX DE LUTTE

	BUCHTAL	FRAN- KEL- QUED	CAHBAH	TOTAL
NIVEAU D'ORIENTATION	1	1	1	3
PLUVAIE ADOULE	0	2	1	3

D) - SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Nous envisageons successivement l'importance numérique des malades perdus de vue, les facteurs favorisant et les causes de l'interruption du traitement au cours de ces différentes étapes.

1er - L'IMPORTANCE NUMÉRIQUE DES MALADES PERDUS DE VUE

L'importance réelle des malades perdus de vue doit être appréciée en fonction de l'itinéraire prévu et recommandé pour la majorité des cas au sein d'un réseau de diagnostic et de traitement. Nous avons remarqué que 13% des malades étaient perdus de vue au cours de la première étape.

13% au cours de la seconde étape,
16% au cours de la troisième étape.

Si l'on rapporte ces chiffres à un effectif initial de 100 malades, on obtient la proportion réelle des malades qui achèvent leur traitement.

- Effectif de malades diagnostiqués = 100
- Malades perdus de vue après le diagnostic = 13
- Il restera donc comme malades hospitalisés = 87
- Malades commençant leur traitement ambulatoire = 76
- Malades perdus de vue à la sortie de l'hôpital = 11
- Malades perdus de vue au cours du traitement ambulatoire = 16
- Malades achevant leur traitement = 64

Ce calcul théorique déduit des taux de malades perdus de vue que nous avons obtenus, démontre que depuis le diagnostic jusqu'à la fin du traitement le taux de malades perdus de vue est de 36% lorsqu'il y a eu hospitalisation initiale, ce chiffre est nettement supérieur au taux de malades perdus de vue au cours du traitement ambulatoire commencé d'emblée au dispensaire (22%).

Pour sensibiliser le calcul et l'étudier de façon plus précise, le taux de malades perdus de vue chez les tuberculeux pulmonaires bacillifères, source d'infection, il est possible de retenir les taux respectifs de 14,5% de malades perdus de vue au cours de la première étape.

- 12% dans la seconde étape.
- et 13% dans la troisième.

Si on tient compte de ces pourcentages et qu'on les rapporte à un effectif initial de 100 malades, on obtient la proportion réelle des malades tuberculeux pulmonaires bacillifères qui achèvent leur traitement.

-Effectif total des malades bacillifères terminant leur traitement.

- Malades diagnostiqués avec présence de bacilles dans les crachats. = 100
- Malades perdus de vue après le diagnostic = 14
- Malades hospitalisés = 86
- Malades perdus de vue à la sortie de l'hôpital = 10
- Malades commençant leur traitement ===== = 76
- Malades perdus de vue au cours du traitement ambulatoire. ===== = 10
- Malades terminant le traitement ===== = 66

Ce calcul théorique déduit des taux de malades bacillifères perdus de vue, démontre que même pour les tuberculeux à bacilloscopies positives les plus motivés à se traiter entre le diagnostic et la fin du traitement sera de 84%.

À partir de ces chiffres il est possible de prévoir le pourcentage de succès d'un programme de chimiothérapie bien appliquée à tous les malades reconnus dans le secteur en fonction du pourcentage de décès qui ces dernières années s'est situé entre 2 et 10% des cas diagnostiqués.

Si nous tenons compte d'un pourcentage de décès, nous pouvons établir une table qui donnera le succès escompté au 12^e mois.

TABLÉAU N° 2 :

CALCUL DES CHANCES DE SUCCÈS DU TRAITEMENT DE CHIMIO-THÉRAPIE.

DECÈS	MALADES PERDUS DE VUE	MALADES NON PERDUS DE VUE	T O T A L
0%	34	66	100
5%	31	69	100
10%	30	60	100
15%	29	56	100

Dans les conditions actuelles du traitement à ALGER, il apparaît bien que c'est le taux de malades perdus de vue qui limite les chances de succès du réseau de diagnostic et de traitement de la tuberculose.

2° - FACTEURS FAVORISANT L'INTERRUPTION PREMATURE DU TRAITEMENT.

Différents facteurs interviennent pour favoriser l'interruption de la chimiothérapie.

1- Le sexe n'intervient de façon défavorable que pour l'hospitalisation des femmes et spécialement des mères de famille, difficile à s'organiser sur le plan familial (tâches ménagères - garde des enfants), elle peut être plus difficilement acceptée par le mari.

Lorsque la première phase du traitement est passée on constate que la longueur des soins et les problèmes liés à la condition féminine en Algérie. (déplacements au dispensaire) n'interviennent pas de façon majeure pour entraîner un absentéisme supérieur à celui des hommes.

2°- La localisation de tuberculose pulmonaire ou extra pulmonaire n'intervient pas à aucune des étapes du traitement pour favoriser son interruption. Car contrairement à ce qu'on croit, lorsque le diagnostic de tuberculose pulmonaire est posé, il est clair qu'au bout du premier de traitement, les malades qui savent que le Bacille de Koch a été trouvé sont plus assidus que ceux dont la tuberculose n'a pas été prouvée.

L'absence de preuve de la tuberculose est donc un facteur favorisant à l'interruption prématurée du traitement.

3°- Les Antécédents thérapeutiques
il semble que pour commencer le traitement comme pour le poursuivre les nouveaux cas sont plus réguliers que les malades déjà traités.

TABIEAU 37 :

FACTEURS FAVORISANT LA DISPARITION DES TUBERCULES

1er ETAPPE	SEXE	TUBERCULOSE PULMONAIRE OU PULMONAIRE EXTRA-PULMONAIRE	TUBERCULOSE PULMONAIRE OU PULMONAIRE EXTRA-PULMONAIRE	TUBERCULOSE PULMONAIRE OU PULMONAIRE EXTRA-PULMONAIRE	TUBERCULOSE PULMONAIRE OU PULMONAIRE EXTRA-PULMONAIRE
1er ETAPPE	SEXE FEMININ FAVORISANT	INDIFFERENT	INDIFFERENT	INDIFFERENT	INDIFFERENT
2e ETAPPE	SEXE FEMININ FAVORISANT	INDIFFERENT	INDIFFERENT	INDIFFERENT	INDIFFERENT
3e ETAPPE	SEXE FEMININ FAVORISANT	INDIFFERENT	INDIFFERENT	INDIFFERENT	INDIFFERENT

3° LES CAUSES DE L'INTERRUPTION

Nous avons vu à chaque étape les enquêtes entreprises pour retrouver les malades perdus de vue et les causes invoqués pour expliquer l'interruption du traitement. Des tableaux récapitulatifs permettent de faire la synthèse de tous nos résultats.

TABLÉAU 38 :

	TOTAL DES MALADES-PERDUS DE VUE.		CONNUES		INCONNUES	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
<u>ETAPE I</u>	96	100	29	30	67	70
<u>ETAPE II</u>	97	100	12	12	85	88
<u>ETAPE III</u>	111	100	104	93	8	7
<u>TOTAL</u>	305	100	145	47	160	53

Ce tableau montre que dans plus de la moitié des cas les causes de la disparition sont inconnues.

Ce chiffre souligne l'insuffisance des recherches entreprises par le personnel.

Des services de santé spécialement au cours des deux premières étapes. En effet on constate qu'au cours de la troisième étape, les enquêtes sont faites avec suffisamment d'insistance pour que les causes d'interruption soient connues dans la quasi totalité des cas.

L'analyse des causes connues d'interruption montre que les facteurs organisationnels sont prédominants pour favoriser l'arrêt prématuré du traitement à toutes les étapes (Tableau 39).

Chacune des causes énumérées porte souvent en elle-même sa propre solution, ce que nous envisageons dans le chapitre suivant.

CONTENTS III
=====

CONTENTS
=====

res :

- Sur la définition et la méthode adoptée d'une part.

- Sur l'intérêt et la signification du concept des malades perdus de vue d'autre part.

1) DEFINITION ET METHODES ADOPTEES

Plusieurs définitions ont été proposées pour approcher le problème des malades "perdus de vue" dans un réseau de diagnostic et de traitement.

Dans son rapport à la 21^e conférence de la tuberculose à MOSCOU en 1971, A. ROUILLON (24) rappelle la définition de D. DAWERJI :

" Le défaillant est tout sujet dont la conduite en matière de traitement est contraire à son bien propre ou à celui de la société ou au deux".

En même temps, avec TONIAN; A. ROUILLON propose une définition plus large de la défaillance :

" La défaillance est une omission de la part du malade ou des services, omission qui nécessite une intervention pour correction, dans l'intérêt du malade et/ ou dans celui de la collection ".

A ALGER depuis 1967, on a préféré éviter le terme de "défaillant" (traduit du mot anglais "default") qui implique en français un jugement sur le comportement du malade, quelle qu'en soient les causes pour adopter comme dans enquêtes de THOMAS, à BIRMINGHAM, le terme de malades "perdus de vue" (5). Ce terme engage plus nettement la responsabilité des services de soins et évite toute ambigüité ou tout jugement moral ou normatif vis à vis du comportement du malade.

Le mot adopté nous paraît avoir une grande importance dans la mesure où le concept de malades "défaillants" ou "perdus de vue" est largement employé dans un réseau de diagnostic ou de traitement, par le personnel de niveau culturel varié, à des fins d'évaluation du réseau et donc d'amélioration de ce réseau.

Par ailleurs, pour donner à ce concept sa plus grande efficacité, il faut choisir sur quelle période le nombre de malades perdus de vue sera calculé.

...../....

La chimiothérapie de la tuberculose, comme l'ont démontré plusieurs enquêtes thérapeutiques contrôlées doit durer 12 mois. L'administration d'isoniazide durant 6 à 12 mois supplémentaires, bien que non dépourvue d'action, n'améliore pas de façon significative les résultats généraux régimo d 12 mois de 1er ligne (9e rapport du comité d'export O.H.S.) ; aucune enquête n'a prouvé l'utilité d'administrer l'éthionamide durant une deuxième année après 12 mois d'un régime de réserve associant - éthionamide - cyclosérine , pyrazinamide.

C'est donc sur la période de 12 mois qui suit le diagnostic que le nombre de malades perdus de vue doit être calculé, par rapport à l'ensemble des cas diagnostiqués, qui auraient du être traités.

De façon arbitraire, à Alger, on a choisi aussi de considérer comme malade qui avait interrompu son traitement plus d'un mois. C'est ainsi qu'un petit lot de malades qui ont interrompu leur traitement au début ou au cours du 12^e mois, après 11 mois de traitement, n'ont pas été considérés comme perdus de vue.

Si l'intérêt opérationnel, pratique, d'une telle définition est évident, il n'en va pas de même sur le plan épidémiologique. Un malade perdu de vue au 10^e mois de traitement a plus de 80% de chances d'être négative définitivement. Un malade perdu de vue au 4^e mois de traitement n'a que 40 à 50 % de chances d'être négative définitivement.

Un malade perdu de vue avant tout traitement ne sera pas négative.

C'est pourquoi il est très important de rechercher le moment auquel survient la disparition des malades, afin d'améliorer l'efficacité du réseau de diagnostic et de traitement.

En effet, le problème des malades qui interrompent leur traitement avant le terme des 12 mois de chimiothérapie régulière est le problème central du réseau de lutte antituberculeuse dans tous les pays du monde. (5)

Pour illustrer l'importance de ce problème K. TOHAN propose un graphique qui permettrait d'apprécier le nombre de cas perdus de vue aux stades successifs de l'application d'un programme antituberculeux (Tableau 36).

TABIEAU 36 :

RESULTATS DU DENISTOGE ET DU TRAITEMENT
(d'après TAYAN, 1973)

POPULATION PRESENTANT DES
DENTITIONS.

SUJETS SE PRESENTANT AUX
SERVICES DE SANTE

SUJETS RETENUS POUR
DIAGNOSTIC.

DIAGNOSTIC EFFECTUE.

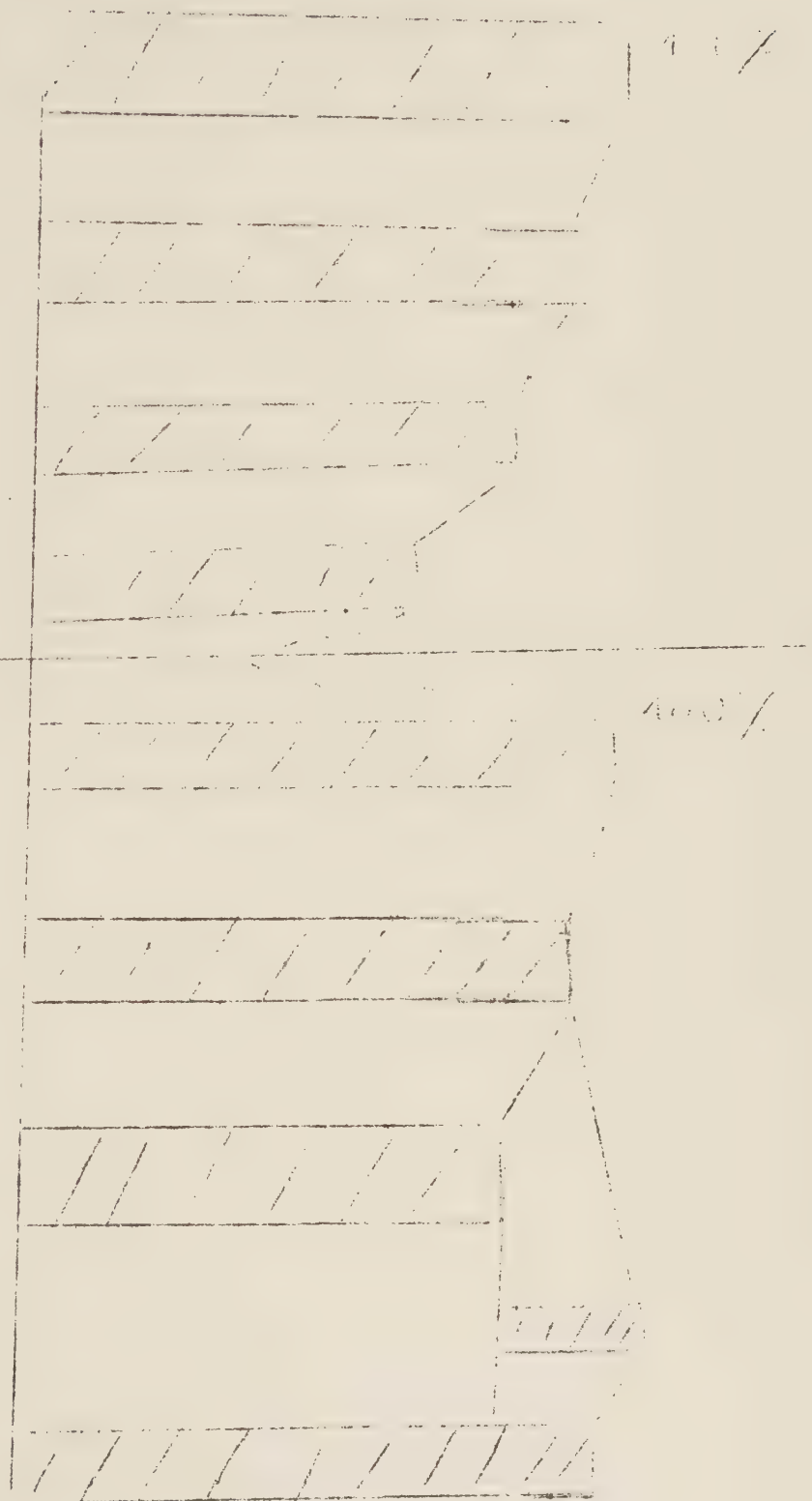
SUJETS A TRAITER

SUJETS AYANT SUBI UN COMMEN-
CEMENT DE TRAITEMENT.

SUJETS QUI SONT ALLES JUSQU'
AU BOUT DU TRAITEMENT.

SUJETS QUI NE SONT ALLES QUE
PARTIELLEMENT AU BOUT DU
TRAITEMENT.

SUJETS GUERIS



Un graphique, inspiré du précédent, a été établi à Alger, pour illustrer le nombre de tuberculeux perdus de vue au moment du dépistage du diagnostic, et durant le traitement (TABLEAU 37).

TABLEAU 37 :

EVALUATION OPERATIONNELLE : L'EFFICACITE
DU RESEAU DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT SUR LES SOURCES

D'INFECTION

(CHAULET 1974)

1. CRACHEURS DE BACILLES
PRESENTS DANS LA COLLECTIVITE.

2. CONSULTANT POUR SYMPTOMES

3. RETENUS POUR DIAGNOSTIC

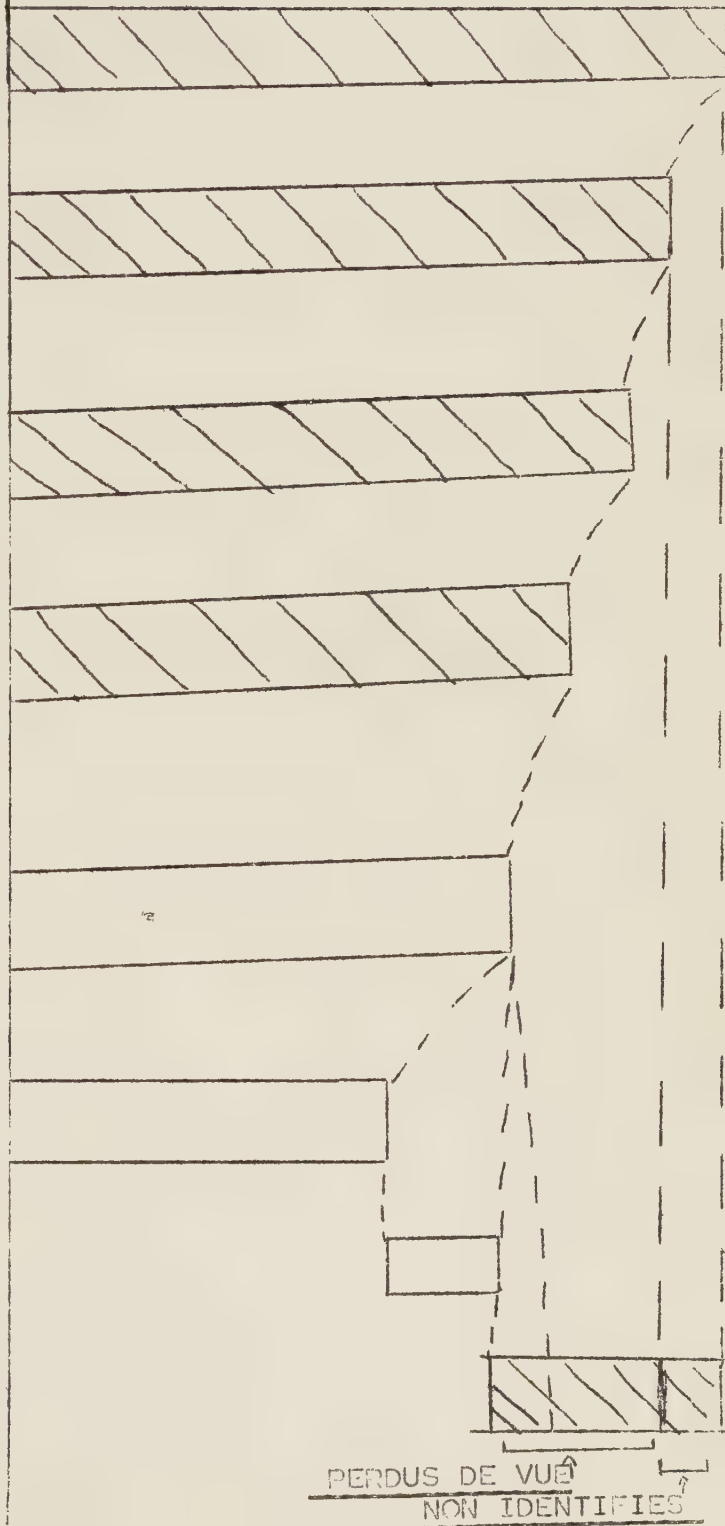
4. IDENTIFIES

5. ADMIS AU TRAITEMENT

6. NEGATIVES APRES TRAITEMENT
COMPLET.

7. NEGATIVES APRES TRAITEMENT
INCOMPLET

8. CRACHEURS DE BACILLES
PRESENTS DANS LA COLLECTIVITE.



Les deux premières colonnes font apparaître la différence qui existe entre le nombre de tuberculeux réels présents dans la collectivité et ceux qui se présentent dans les services de santé.

Cette première déperdition est due à un défaut d'information du public ainsi qu'à l'insuffisance quantitative des structures sanitaires de base : ce sont les cas "non identifiés".

Les colonnes 3 et 4 font apparaître les déficits dus aux défaillances du réseau de diagnostic : interrogatoire insuffisant, mauvaise sélection des malades retenus pour diagnostic, déficience du laboratoire de bactériologie.

Entre la colonne 4 et 5 apparaît un déficit lié à une mauvaise coordination entre la structure qui assure le diagnostic et celle qui doit commencer le traitement. (C'est ce déficit qui a été étudié au cours de notre enquête, dans la "première étape").

Les colonnes 6 et 7 expriment les résultats du programme de traitement.

Certains malades achèvent leur traitement et seront négativés (colonne 6)

D'autres ne l'achèvent pas : parmi ces cas, une certaine proportion (20,30, 50 et 70% selon la date de l'arrêt du traitement) sera négativée, et les autres continueront à expectorer des bacilles (Colonne 7).

La colonne 9 fait apparaître le total des défaillants du dépistage, des méthodes de diagnostic et de l'organisation du réseau de traitement, sous la forme d'un lot de malades qui continuent à transmettre la maladie. Dans ce lot, les malades perdus de vue représentent un ensemble dont l'importance est inversement proportionnelle à la qualité d'un réseau de diagnostic et de traitement.

Ces problèmes de définition et de représentation ayant été précisées, il convient de souligner que notre enquête marque une amélioration considérable par rapport aux enquêtes antérieures sur le devenir des malades au 12^e mois après le début de la chimiothérapie. Elle fait apparaître l'importance du nombre de malades perdus de vue avant même d'avoir commencé le traitement ou dans les 3 premiers mois de ce traitement.

Théoriquement la meilleure méthode pour calculer le taux de malades perdus de vue aurait été de suivre une cohorte homogène de malades de façon longitudinale, depuis le diagnostic jusqu'à la fin du traitement. Dans notre enquête pour des raisons de commodités opérationnelles et en vue d'obtenir des résultats immédiats et significatifs, portant sur des grands nombres, nous avons préféré calculer le taux de "malades perdus de vue" à chacune des grandes étapes du diagnostic et du traitement dans le réseau de lutte anti-

tuberculeuse tel qu'il existe et fonctionne en ce moment dans le secteur d'Alger.

Cette série d'enquêtes juxtaposées nous a permis d'obtenir des résultats rapides en moins d'un an et d'en tirer des conclusions pratiques, pour améliorer l'efficacité du réseau.

2) INTERETS ET SIGNIFICATION DE L'ETUDE DU GROUPE DES "MALADES PERDUS DE VUE".

Les remarques précédentes ont montré la valeur de l'étude du taux des malades perdus de vue comme indice opérationnel d'évaluation.

Dans le cadre d'un réseau de diagnostic et de traitement, cet indice permet de situer aussi bien dans le temps que dans l'espace les lacunes et les défaillances de ce réseau de lutte antituberculeuse, et d'en déduire les mesures de réorganisation les plus appropriées.

a) - Notre enquête a démontré l'importance qui s'attache, au moment même où le diagnostic de tuberculose est posé, à prendre en charge immédiatement le malade, de façon à lui expliquer le diagnostic, le programme thérapeutique, à enregistrer de façon précise son adresse ou ses adresses, l'interroger sur ses projets personnels, ses problèmes familiaux ou professionnels.

Ce n'est qu'après ce premier entretien avec le médecin que le malade peut être éventuellement adressé à l'hôpital. Il est probable que, dans la pratique du secteur étudié au cours de ces dernières années, le diagnostic de forte présomption ou de certitude de tuberculose a entraîné des décisions d'hospitalisations hâtives.

Cette pratique explique en grande partie les disparitions constatées immédiatement après le diagnostic pour les malades qui ne résidaient pas en réalité dans le secteur. Un meilleur interrogatoire sur les adresses et sur les projets du malade aurait permis une bonne orientation de ce malade dès ce moment là.

Le fait qu'il n'existe pas de différence significative du taux de malades perdus de vue entre les trois dispensaires du secteur à cette étape du réseau suggère qu'il s'agit bien d'un phénomène lié aux méthodes de travail, et non aux problèmes socio-économiques extérieurs au réseau, qui varient selon les quartiers de la ville.

b)- Au cours de la deuxième étape un nombre trop élevé de malades perdus de vue pour des erreurs d'orientation, dues à la méconnaissance de la sectorisation ou à des erreurs d'adresse.

Les mesures de coordination prises depuis deux ans (fiche-lettre de liaison envoyées en double exemplaire au dispensaire (l'une par la poste, l'autre par le malade), l'interrogatoire du malade à la sortie pour préciser son adresse ou ses adresses, n'ont pas encore donné les résultats escomptés. Dans tous les dispensaires du secteur il apparaît que dans plus de 80% des cas aucune mesure pratique n'est prise pour relancer les malades disparus au cours des deux premières étapes qui précèdent le traitement ambulatoire.

Un renforcement de la coordination entre l'hôpital et les dispensaires est nécessaire ainsi que l'affectation d'un ou deux agents par dispensaire pour s'occuper spécialement de ce problème.

c) - Au cours du traitement ambulatoire, les causes d'interruption de la chimiothérapie sont mieux connues. Il est certain que dans l'état de la lutte antituberculeuse à Alger ce n'est pas la durée du traitement en soi qui favorise l'interruption des soins, ni les phénomènes d'intolérance ou de toxicité.

Les principales causes, on l'a vu, sont d'ordre organisationnel et tiennent à la défaillance des services de santé, ou elles sont parfois d'ordre individuel, tenant à une pathologie intercurrente ou associée chez le malade.

Pour corriger les diverses lacunes organisationnelles que nous avons déjà évoquées, un certain nombre de solutions peuvent être apportées.

Le fait qu'un grand nombre de malades perdus de vue sont pris en charge par une autre structure traduit l'absence de confiance dans les services de santé publique pour ceux qui s'adressent au secteur privé, ou l'absence de coordination avec les autres structures du secteur public pour ceux qui s'adressent à d'autres dispensaires les plus proches de leur domicile ou de leur lieu de travail.

Un certain nombre de malades sont "perdus de vue" parce que leur adresse réelle n'est pas correctement enregistrée ou est méconnue ; ce fait traduit à la fois l'absence de confiance du malade dans les services de santé publique,

l'insuffisance des contacts entre le personnel médical et le malade.

Toutes ces défaillances peuvent être réparées si l'attention du personnel est attirée sur l'importance de ces facteurs et surtout si le personnel n'est pas surchargé de travail.

Il est nécessaire qu'il puisse, dans le cadre d'occupations définies à l'avance grâce à des méthodes de travail standardisées, accorder une attention spéciale à chaque malade qui peut poser un problème particulier. Par exemple, la reprise du travail par le malade ne devrait pas favoriser l'interruption du traitement, car le transfert de responsabilité thérapeutique peut se faire en adressant les malades au dispensaire le plus proche de son lieu de travail ; de même que le traitement doit être adapté à une situation temporaire (grossesse) ou définitive (invalidité) ou encore être complété par une surveillance médicale générale en cas de pathologie associée (psychopathie, diabète, ulcus) ; de même la responsabilité thérapeutique peut être transférée temporairement à une autre structure de santé publique, en cas de voyage familial ou professionnel, des vacances etc....

AU TOTAL, notre enquête permet de souligner l'importance capitale de certaines mesures pour éviter l'interruption prématurée du traitement par les malades.

LA PREMIERE MESURE EST LA HOSPITALISATION PRECOCE
DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE ET LA RESPONSABILISATION DE LA
RESPONSABILITE DE CETTE LUTTE DANS LE VECTEUR.

Cette mesure a déjà été signalée au cours des précédentes études (rapport Casablanca, référence 13).

LA DEUXIEME MESURE EST LA TENUE EN CAUSE DE L'HOSPITALISATION PRECOCE DE PLUS LES CAS DIAGNOSTIQUES.

Comme le souligne une nouvelle fois le 2e rapport du comité d'experts O.N.S. de la tuberculose, l'hospitalisation des tuberculeux est sans rapport avec le succès de la chimiothérapie.

Notre enquête a prouvé que l'hospitalisation indiscriminée des malades, favorise l'interruption prématurée du traitement.

C'est pourquoi lorsque l'hospitalisation est décidée pour la phase initiale de chimiothérapie, elle n'a de sens que si elle est étroitement articulée au réseau de traitement ambulatoire, qu'elle n'augmente pas le taux de malades perdus de vue et que si l'activité hospitalière n'empêche pas les médecins de superviser le traitement ambulatoire.

LA TROISIEME MESURE CONCERNE L'ENTRETIEN DU PREMIER
ENTRETIEN ENTRE LE MALADE ET LE PERSONNEL DU DISPENSAIRE, AU
SEIN DUQUEL LE MALADE JOUE UN ROLE DECISIF.

Notre enquête démontre l'importance du premier entretien médecin - malade, c'est à ce moment en effet que se décide l'avenir du patient. Si la prise en charge du malade est correcte sur le plan technique, psychologique, familial, socio-professionnel, le malade est virtuellement guéri. Si la prise en charge est de mauvaise qualité à ce moment là, le malade a de fortes chances d'être perdu de vue avant la fin de son traitement.

- C O N C L U S I O N -
=====

Plusieurs enquêtes menées en Algérie depuis 1967 ont prouvé que le nombre de tuberculeux perdus de vue au cours de leur traitement était un bon critère d'évaluation de l'efficacité organisationnelle d'un réseau de traitement.

L'enquête rapportée aujourd'hui a eu pour but de mesurer le nombre de malades perdus de vue dans un réseau de diagnostic et de traitement, à partir du moment du diagnostic.

Cette étude s'est déroulée dans les structures spécialisées du secteur Ouest d'Alger, constituées par 3 dispensaires antituberculeux et un service hospitalier : la clinique de Pneumo-Phtisiologie A de Béli-Rossous du 1er janvier 1973 au 31 décembre 1973.

1) - Elle a permis de calculer le taux des malades perdus de vue à plusieurs stades :

- Entre le dispensaire (où se fait le diagnostic et où se décide l'hospitalisation) et le service hospitalier.

- Entre le service hospitalier, d'où sort le malade après la phase initiale de traitement et le dispensaire, où on l'envoie suivre son traitement ambulatoire.

- Au cours du traitement ambulatoire.

Le taux des malades perdus de vue, par rapport à l'ensemble des malades d'un même stade, est respectivement de 13%, 13% et 16% dans le secteur étudié, et pour la période 1972-1973.

Si l'on rapporte ces taux à un effectif initial de 100 cas diagnostiqués, en admettant qu'il n'y aura parmi eux aucun décès, on constate que 64 malades seulement achèveront leur traitement, et 36 seront perdus de vue.

Il est frappant de constater que pour les 100 malades traités d'emblée de façon ambulatoire, sans hospitalisation initiale, le taux de malades perdus de vue est de 22%.

2) - Au cours de chacun des stades, divers facteurs susceptibles de favoriser l'interruption prématurée du traitement ont été analysés.

.../...

- Le sexe : n'intervient pas dès qu'il y a eu hospitalisation, au cours du traitement ambulatoire.

Par contre, à la première étape, avant l'hospitalisation, les femmes sont plus facilement perdues de vue que les hommes. Il est probable que les charges familiales et ménagères empêchent plus souvent les femmes d'être hospitalisées.

- La localisation pulmonaire ou extra-pulmonaire de la tuberculose n'intervient pas à aucune étape du traitement pour favoriser l'interruption.

- Par contre lorsque le diagnostic de tuberculose pulmonaire est posé, il est clair qu'au bout des premières semaines de traitement, les malades qui savent que le bacille de Koch a été trouvé, sont plus assidus que ceux dont la tuberculose n'a pas été prouvée. L'absence de preuve bactériologique de la tuberculose semble donc être un facteur favorisant l'interruption prématurée du traitement.

- Les Antécédents thérapeutiques : il semble bien que pour commencer le traitement comme pour le finir les nouveaux cas sont plus réguliers que les malades déjà traités pour tuberculose.

3)- L'enquête a permis aussi de rechercher quelles avaient été les mesures prises pour relancer les malades perdus de vue, et, lorsque les malades ont été retrouvés, les causes de leur "disparition".

On a pu constater qu'au cours des deux premiers stades (dispensaire-hôpital puis hôpital - dispensaire) sur un total de 193 malades perdus de vue, des convocations ont été lancées dans 28 cas, soit 14% des cas ; il n'y a pas eu de relance par visite à domicile dans 100% des cas, il n'y a donc aucune mesure effective de relance.

Par contre au cours du traitement ambulatoire sur un total de 112 malades perdus de vue, la relance a été assurée dans 98 cas, soit 88% des cas.

AU TOTAL : Les causes de la disparition des malades ont pu être connues 132 fois soit 43% des cas ; elles restent inconnues dans les autres cas, ce qui marque déjà une grave défaillance organisationnelle.

.../...

- Sectorisation 21 fois, soit 14% des cas
- Adresse 31 fois, soit 22% des cas
- Prise en charge par 27 fois, soit 18% des cas une autre structure.
- Mauvais accueil, refus exprimé : 23 fois

soit 14%.

- Raisons socio-économique : 17 fois soit 12%. Seule une petite partie des causes d'interruption du traitement est dues à des raisons individuelles tenant au malade :

- Décès : 8 fois soit 6%
- Hospitalisation pour une autre cause : 8 fois soit 6%
- Pathologie associée : 10 fois soit 8%.

4) - Ces résultats permettent de déduire un certain nombre de mesures organisationnelles qui devront être appliquées dans le réseau de diagnostic et de traitement pour améliorer son efficacité.

- La sectorisation plus une meilleure coordination des structures du réseau (fiches de coordination, adresses) est indispensable d'une part.

- La remise en cause de l'hospitalisation initiale systématique est à envisager ; accepter plus largement les malades qui la refusent et les mettre d'emblée au traitement ambulatoire.

- Il faut également améliorer la qualité du premier entretien : MEDECIN - MALADE

La surveillance du taux des malades perdus de vue dans le réseau étudié au cours des années futures, permettra de contrôler l'efficacité des mesures proposées.

=====

- BIBLIOGRAPHIE -
BIBLIOGRAPHIE
BIBLIOGRAPHIE
BIBLIOGRAPHIE

1- ADDERIAHIM, K. AIT-KHALED, N. AMRANE, D. HANNACHI, H.H.

L'évaluation de l'activité d'un dispensaire antituberculeux - A propos du bilan de fonctionnement d'un dispensaire spécialisé d'Alger en 1971.

2^e Congrès Médical Maghrébin - MAI 1972.

2- ADDERIAHIM . ZIROUT, A. - CHAULET, P. - LARBAOUI, D.

L'organisation du traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire en Algérie. Tunisie Médicale , 1972, 1,27-34.

3- AKRITCHI , R.

Les dispensaires antituberculeux du secteur OUEST-d'ALGER. Bilan de la réorganisation de 1971. Thèse Alger, 1974.

4- ALIAL, G.

Etude du fonctionnement du secteur de lutte antituberculeux contrôle par le dispensaire de Bab-El-Quod à Alger.
Thèse Alger 1973.

5- ASSELAH, G.H.

Les résultats réels du traitement de la tuberculose pulmonaire. Thèse Alger 1969.

6- J. CABRAL.

L'importance de la motivation dans un traitement ambulatoire totalement supervisé.

LOBOU, 10-16 Juillet 1971

Bull. Un - Int - Tuberc

1972, 47, 88 - 93.

7- CHAMPENCIS, M.

Etude de la morbidité hospitalière d'un service de pneumo-phthysiologie d'Alger applications pratiques.

Thèse Nantes - 1973

8- CHAULET, P.

L'organisation du traitement des tuberculeux.

Séminaire sur le programme national antituberculeux en Afrique, Yaoundé, Cameroun -24- 27 Avril 1974.

9- CHAULET, P. - ADDERIAHIM, K. - LARBAOUI, D.

Résultats pratiques de la chimiothérapie de la tuberculose en Algérie. 3^e conférence régionale de la tuberculose Ouagadougou, décembre 1972 . Bull. Un - Tuberc-

1973, Suppl- 48, 137- 147.

.../...

10- CHAULET P, - ABDEENRAHIM, K. -

Critères pratiques pour l'évaluation des résultats d'un programme de chimiothérapie antituberculeux. (Sous presse)

11- CHAULET, P. ABDEENRAHIM, K. OHIOU, P. -

L'organisation de la chimiothérapie de la tuberculose en Algérie (rapport de synthèse du 1er congrès Médical Maghrébin - MAI 1971). Journal de Médecine du Maroc 1972, 8, 361 - 371.

12- CHAULET, P. LARBAQUI, D. ABDEENRAHIM, K. ZIROUT, A.

Résultats pratiques de la chimiothérapie dans une unité de lutte antituberculeuse d'Alger en 1966-1967 (enquête rétrospective).

In " Acquisition récentes sur la tuberculose en Algérie " 134 - 200 . Edt. CHED-
Alger, 1971.

13- CHAÏKH EL GHAILANI, Y.

L'organisation de la chimiothérapie de la tuberculose en algérie. Thèse Alger 1971.

14- D.H. CHETI .

Une enquête nationale sur le traitement à Sin Gapour.
BOSSOU, 12 - 16 Juillet 1971
Bull. In- Int - Tuberc
1971, 47, 96 - 106

15- Comité d'experts OMS de la tuberculose.
9e rapport O.M.S. Rep. Tech. 552, 1974

16- EL-HAFYAN, I

Le devenir de cent tuberculeux hospitalisés de 1969
1970 à L'Hôpital ISSAD ELISANI de BENI MERDJES
Thèse Alger 1971.

17- HANMACHE, M.R. EL-HAFYAN, I. OUKEDIK, N. CHAULET, P.

Etude critique du fonctionnement d'un service de
phthisiologie de l'hôpital ISSAD ELISANI en 1969-1970.

Enquête sur le devenir de cent tuberculeux - Un an
après leur hospitalisation.

Communication à la société de Médecine Militaire-
lundi 29 janvier 1972 . Alger.

10- MEHREZI, A.

L'incidence hospitalière dans un service de pneumo-
phthisiologie à Alger en 1971.

Thèse Alger 1972.

11- MEHREZI, A.

Enquête rétrospective sur le devenir de 500 tuberculeux
hospitalisés à Alger en 1971 - 1973. Thèse ALGER, 1973.

12- MEHREZI, A. GUSSEDIK, N. ABEN ANIM, K. et CHAULET, P.

L'application du programme national de chimiothé-
rapie antituberculeuse à Alger depuis la sectorisation en 1971.
Société Algérienne de Pneumo-Phthisiologie. Alger, 22,23 décem-
bre. 1973.

13- MEHREZI, A.

Le dispensaire antituberculeux de Mustapha (Alger)
en 1972 = Bilan de fonctionnement - Thèse Alger 1974.

14- GUSSEDIK, N. ABEN ANIM, K. et CHAULET, P.

L'évaluation de la lutte contre la tuberculose dans
un secteur urbain et rural en Algérie. Journal de Médecine du
Miroc 1973, 2, 505 - 512-

15- GUSSEDIK, N. ABEN ANIM, K. CHAULET, P.

Méthode d'évaluation d'un réseau de dépistage et de
traitement de la tuberculose (résultats obtenus dans la région
d'Alger en 1972 - 1973).

Journées Médicales du Proche et Moyen Orient

1^{re} SESSION - Is Pahan, 11-13

AVRIL 1974.

16- A. ROUILLAN.

Problèmes posés par l'organisation d'un traitement
ambulatoire efficace des malades tuberculeux (Motivation)

ASCOU, 12 - 16 juillet 1971

Bull - Un - Int - Tuberc

1972, 47, 72-87.

17- YOUNI, A.

Le dépistage et le traitement de la tuberculose dans
les dispensaires spécialisés du secteur Ouest d'Alger en 1973.

Thèse Alger 1974.

=====



